Descargado el: 17-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Asociación entre determinantes sociales y salud mental: efecto de la doble carga laboral y doméstica

Association between social determinants and mental health: Effect of the double burden of paid and domestic

Natalia Cornejo Espinoza[1] Tachira Ligueño Herrera[1] Marcela Monsalve Ortiz[1] Ximena Moreno Herrera[1]

[1] Facultad de Psicología. Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Cómo citar este artículo:
Cornejo-Espinoza N, Ligueño-Herrera T, Monsalve-Ortiz M, Herrera X. Asociación entre determinantes sociales y salud mental: efecto de la doble carga laboral y doméstica. **Medisur** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 17]; 20(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5378

Resumen

Fundamento: los trastornos mentales comunes están entre las primeras causas de carga de enfermedad en Chile y Latinoamérica. El género y la posición socioeconómica son importantes determinantes sociales de la salud mental.
Objetivo: determinar el rol de la doble carga doméstica y laboral en la asociación entre determinantes sociales y trastornos mentales comunes.
Métodos: análisis secundario de una muestra representativa de la población chilena laboralmente activa en 2009-2010. Se emplearon modelos logísticos para determinar la asociación entre las variables de interés y sospecha de trastornos mentales comunes.
Resultados: la frecuencia de sospecha de trastornos mentales comunes era casi el doble entre las mujeres, pero la asociación entre género y trastornos mentales no se observó al incorporar la doble carga laboral y doméstica. El ingreso se asociaba con trastornos mentales solamente entre los hombres.
Conclusiones: la distribución de la doble carga laboral y doméstica, que es más frecuente entre las mujeres, puede contribuir a la mayor frecuencia de sospecha de trastornos mentales entre las mujeres. Es importante fortalecer las políticas sociales y laborales que minimicen las brechas en el trabajo remunerado y fomenten la corresponsabilidad en las labores domésticas y de cuidado.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, identidad de género, disparidades en el estado de salud, adultos

Abstract

Background: Common mental disorders are among the leading contributors to the burden of disease in Chile and Latin America. Gender and socioeconomic position are important social determinants of mental health.
Objective: This study is aimed at determining the role of the double burden of paid job and unpaid domestic work in the association of social determinants with common mental disorders.
Methods: Secondary analyses of a sample representative of the employed or recently employed Chilean population between 2009-2010. Logistic models were used to determine the association between the variables of interest and positive screen for common mental disorders.
Results: Positive screen for common mental disorders was two times as frequent in women, compared to men, but the association between gender and the outcome was not observed when controlling for the double burden of paid and unpaid work. Income was associated with common mental disorders only among men.
Conclusions: The distribution of the double burden of paid and unpaid work, which is more frequent among women, could contribute to the higher frequency of common mental disorders among them. It is important that social and labor public policies address this issue, to reduce the gap experienced by women with respect to paid work, and to foster co-responsibility in domestic and care tasks.

Key words: mental health, mental disorders, gender identity, health status disparities, adults

Aprobado: 2022-07-19 11:34:06

Correspondencia: Natalia Cornejo Espinoza. Facultad de Psicología. Universidad San Sebastián. Santiago, Chile. natalia.cornejo.e@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas, la contribución de los trastornos mentales comunes a los años perdidos por discapacidad (APD) es elevada. En el caso de la depresión es de 7,8 %, (8,1 % en Chile) y la de los trastornos de ansiedad es de 4,9 % (5,5 % en Chile).[1]

Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS),[2] la distribución de los trastornos mentales entre la población es desigual y se ve influida por las circunstancias sociales, económicas y físicas en que viven las personas. El enfoque de los determinantes sociales busca entender cómo las circunstancias de vida y trabajo moldean la salud de las personas y propone la idea de gradiente social, en que las personas con un estatus social más bajo están expuestas a mayores riesgos para su salud y tienen una menor esperanza de vida, en promedio, que las personas con un estatus más alto.[3] De esta forma, el género, la posición socioeconómica, el nivel educacional y la situación laboral, entre otros factores, tienen un impacto sobre la salud mental, afectando de manera diferenciada a distintos grupos de la población.[2]

Un estudio chileno reciente encontró evidencia respecto al efecto combinado del género y otros determinantes sociales, observando un riesgo estimado dos veces mayor de presentar síntomas depresivos (SD) entre las mujeres, en comparación con los hombres, así como una asociación entre ingreso y SD solo entre las mujeres.[4]

La distribución desigual de una doble carga o rol que contempla un trabajo remunerado y un trabajo doméstico o de cuidado de otros, ya sea hijos o adultos mayores, el que tiende a recaer en las mujeres, podría relacionarse con la mayor prevalencia de trastornos mentales comunes entre las mujeres.[5] Un estudio chileno encontró que, entre mujeres y hombres en edad laboral, un conflicto muy alto entre los roles de trabajo remunerado y doméstico se asociaba a SD.[6] Sin embargo, si bien este estudio incluyó el tipo de trabajo y las dificultades económicas, en conjunto con el conflicto por duplicidad de roles en su análisis, no consideró la asociación entre otros determinantes sociales tales como nivel educacional o ingreso, con depresión u otros trastornos mentales.

Con el fin de tomar en cuenta el efecto de la doble demanda laboral y doméstica en la asociación entre determinantes sociales con trastornos mentales comunes en hombres y mujeres, el objetivo de esta investigación fue determinar cuál es el efecto de la doble carga laboral y doméstica en la asociación entre variables relacionadas con determinantes sociales y la sospecha de trastornos mentales comunes en la población chilena en edad laboral.

MÉTODOS

Este estudio corresponde a un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Equidad, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) del año 2009-2010. Es un estudio observacional, transversal y descriptivo. La ENETS seleccionó a una muestra representativa de la población chilena mayor de 15 años, laboralmente activa al momento de realizarse el estudio o dentro de los 12 meses previos a la encuesta, residentes en zonas urbanas y rurales. Se utilizó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico, mediante el que se seleccionaron 9503 personas. La información se obtuvo a través de un cuestionario aplicado en entrevistas presenciales, en el hogar de cada persona entrevistada.

La variable resultado, para nuestro análisis, es la sospecha de trastornos mentales comunes (STM), determinada a través del instrumento *General Health Questionnaire* de 12 preguntas (GHQ-12). Este instrumento ha mostrado un buen nivel de consistencia interna entre población chilena, con un alfa de Cronbach de 0,86.[7] De entre las distintas modalidades de puntuación existentes para este instrumento, se utilizó la dicotómica, sugerida por Rivas-Diez et al.[7] en que las cuatro alternativas de respuesta se puntúan 0-0-1-1, adquiriendo la respuesta a cada pregunta un valor de 0 o 1, con un puntaje máximo para la escala de 12 puntos. El punto de corte validado para la población chilena es de 5, considerando bajo este puntaje como ausencia de STM y un puntaje de 5 o más, como STM.[8]

En cuanto a los determinantes sociales, se incluyeron, por una parte, las variables sexo y edad, como variable continua. El nivel educacional se categorizó en “sin escolaridad”, “educación básica incompleta” (menos de 8 años), educación media incompleta (8 a 11 años), educación media completa (12 años) y educación superior incompleta o completa (13 o más años). Para la variable ingreso personal se

emplearon las categorías planteadas en la ENETS, consistentes en montos en pesos chilenos: menos de 136.000, 137.000 a 180.000, 181.000 a 250.000, 251.000 a 450.000, 451.000 a 850.000 y 851.000 a más.

De las preguntas relacionadas con la carga doméstica o cuidado de otros y uso del tiempo libre incluidas en la ENETS, se seleccionaron para nuestro análisis aquellas que tuvieran una asociación estadísticamente significativa con STM:

"¿Usted, aparte de su trabajo, tiene a su cargo el cuidado de niños pequeños, adultos mayores, enfermos minusválidos o crónicos?" Las opciones de respuesta eran: 1. Sí, como único cuidador, 2. Sí, pero compartido con otro, 3. Ocasionalmente, 4. No, no tiene nadie a su cargo. Estas respuestas se dicotomizaron en "Sí" (1 y 2) y "No" (3 y 4).

"¿Con qué frecuencia puede usar el tiempo libre como usted desea?"

"Cuando usted no está en su casa, ¿las tareas domésticas se quedan sin hacer?"

"Cuando usted está en el trabajo, ¿piensa en las tareas domésticas y familiares?"

"¿Hay situaciones en las que usted necesitaría estar en el trabajo y en la casa al mismo tiempo?"

"Si hay un problema en su casa, ¿Ud. deja el trabajo para ir a solucionarlo?"

Estas cuatro preguntas tenían cuatro opciones de respuesta (siempre, casi siempre, rara vez y nunca), las que se dicotomizaron en "siempre/casi siempre" y "rara vez/nunca".

Por último, se incluyó en los análisis la variable salud autopercibida, con el fin de considerar la asociación que el estado de salud de los participantes podría tener con su salud mental.

Se realizó un análisis descriptivo, calculando porcentajes para las categorías de cada variable, determinando la existencia de una diferencia entre hombres y mujeres mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2). Se calculó la edad promedio y para establecer la diferencia entre hombres y mujeres se usó la prueba t de Student.

Para determinar la asociación entre las variables de interés y STM, se usaron modelos logísticos. Primero se construyó un modelo con todas las variables, a excepción de las asociadas a carga doméstica. Posteriormente, para determinar si éstas modificaban el efecto de las variables acerca de los determinantes sociales, se estimó un modelo incorporándolas. Finalmente, se estimaron modelos estratificados según sexo, incluyendo todas las variables de interés. Todos los análisis fueron realizados con el programa Jamovi versión 1.2.27.

Dado que este estudio consiste en un análisis secundario que empleó datos anonimizados, de dominio público, no fue necesario obtener aprobación por parte de un comité de ética para su realización.

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta mayormente por hombres (62,69 %). El rango de edad se encontraba entre los 15 y 99 años, con una edad promedio de 43,20 años (desviación típica=13,50), siendo mayor ($p<0,001$) la edad promedio entre los hombres (44,07; desviación típica =13,82) que entre las mujeres (41,75; desviación típica =12,82).

En la Tabla 1 se observa que, respecto a los determinantes sociales de la salud mental, las mujeres estaban expuestas con mayor frecuencia a situaciones más adversas que los hombres, incluyendo menores niveles de escolaridad, menores ingresos ($p<0,001$). Además, era dos veces más frecuente que las mujeres estuvieran a cargo de cuidar a terceros, 47,72 % más frecuente que no contaran con tiempo libre y, dependiendo de la pregunta, hasta cuatro veces más frecuente que expresaran una doble demanda laboral y doméstica ($p<0,001$). Asimismo, era más frecuente que percibieran su salud como regular o mala, en comparación con los hombres ($p<0,001$).

Respecto al nivel educacional, lo más frecuente era que las personas hubieran completado su enseñanza media (31,71%). Sin embargo, casi la mitad no había completado sus estudios escolares. Casi la mitad de la muestra se encontraba en las dos categorías de menores ingresos, y solamente un 11,96 % se encontraba en el grupo de ingreso más alto.

La prevalencia de STM era de 12,51 %, siendo casi del doble para las mujeres (17,43 %),

comparadas con los hombres (9,56 %) (p<0,001). (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra

Variables		Total (N=9503)	Hombres (N=5958)	Mujeres (N=3545)	Valor p
Nivel educacional					
	Sin escolaridad	2,62%	2,90%	2,14%	<0,001
	Menos de 8 años	18,56%	20,54%	15,27%	
	8 a 11 años	27,39%	29,37%	24,11%	
	12 años	31,71%	29,94%	34,72%	
	13 o más años	19,65%	17,23%	23,74%	
Ingreso					
	Alto	11,96%	14,83%	7,15%	<0,001
	Medio alto	8,15%	9,77%	5,44%	
	Medio	14,42%	16,38%	11,15%	
	Medio bajo	19,23%	20,71%	16,73%	
	Bajo	24,10%	22,66%	26,52%	
	Muy bajo	22,13%	15,65%	33,01%	
Cuidador					
	Sí	30,03%	21,28%	43,12%	<0,001
	No	69,97%	78,72%	56,88%	
Tiempo libre					
	Siempre/casi siempre	81,35%	84,19%	77,12%	<0,001
	Rara vez/Nunca	18,65%	15,81%	22,88%	
Cosas del hogar quedan sin hacer					
	Siempre/casi siempre	20,12%	9,01%	38,75%	<0,001
	Rara vez/Nunca	79,88%	90,99%	61,25%	
Piensa en labores domésticas					
	Siempre/casi siempre	22,04%	9,58%	43,09%	<0,001
	Rara vez/Nunca	77,96%	90,42%	56,91%	
Estar en trabajo y hogar simultáneamente					
	Siempre/casi siempre	18,86%	8,47%	36,49%	<0,001
	Rara vez/Nunca	81,14%	91,53%	63,51%	
Dejar trabajo para resolver problemas hogar					
	Siempre/casi siempre	36,89%	31,97%	45,25%	<0,001
	Rara vez/Nunca	63,11%	68,03%	54,75%	
Sospecha de trastornos mentales					
	Sí	12,51%	9,58%	17,43%	<0,001
	No	87,48%	90,41%	82,56%	
Salud auto percibida					<0,001
	Buena	73,88%	77,54%	67,72%	
	Regular	20,38%	18,14%	24,14%	
	Mala	5,73%	4,30%	8,13%	

Según los resultados del primer modelo logístico (Tabla 2), que consideraban la relación de los determinantes sociales con STM, sin ajustar por variables de carga doméstica, las mujeres tenían mayor probabilidad de presentar STM que los hombres (OR=1,46). En cuanto al nivel educacional, no hubo asociación estadísticamente significativa con STM. Respecto al ingreso, todos los tramos bajos al de mayores ingresos tenían mayor probabilidad de presentar STM que éste, alcanzando a más del doble, en el caso de los tres tramos de menores ingresos. Por último, las personas que percibían su salud como regular o mala tenían mayor probabilidad de presentar STM que quienes la percibían como buena.

Como se observa en los resultados del segundo modelo logístico (Tabla 2), al agregar las variables de carga doméstica, el género dejó de estar asociado a STM. El ingreso, por su parte, mantuvo la asociación, al igual que la salud autopercibida. Las personas que reportaron que rara vez o nunca tenían tiempo para hacer lo que deseaban tenían más del doble de probabilidad de presentar STM que aquellos que casi siempre o siempre tenían tiempo (OR=2,49). Por otro lado, quienes pensaban en las labores domésticas mientras estaban en el trabajo y quienes necesitaban estar simultáneamente en el trabajo y el hogar, también presentaban con más frecuencia STM. (Tabla 2).

Tabla 2. Odds ratios de sospecha de trastornos mentales comunes para hombres y mujeres chilenos en edad laboral

Variable (referencia)	Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR	Intervalo de confianza 95%	OR	Intervalo de confianza 95%
Sexo (Hombre)	1,46	1,27 - 1,68	1,08	0,91 - 1,28
Edad	0,99	0,98 - 0,99	0,99	0,98 - 1,00
Nivel educacional (Superior en todos los niveles)				
Sin escolaridad	0,80	0,51 - 1,26	0,74	0,46 - 1,19
Básica incompleta	0,94	0,73 - 1,21	0,93	0,71 - 1,21
Media incompleta	1,00	0,80 - 1,25	0,98	0,77 - 1,24
Media Completa	1,02	0,83 - 1,26	1,02	0,82 - 1,27
Ingreso (851.000 a más)				
451.000 a 850.00	1,75	1,19 - 2,58	1,75	1,17 - 2,60
251.000 a 450.000	1,71	1,21 - 2,43	1,63	1,14 - 2,33
181.000 a 250.000	2,05	1,47 - 2,86	2,06	1,47 - 2,91
137.000 a 180.000	2,22	1,60 - 3,09	2,16	1,54 - 3,02
menos de 136.000	2,70	1,94 - 3,75	2,66	1,89 - 3,74
Salud Auto percibida (Buena)				
Regular	3,89	3,35 - 4,52	3,28	2,81 - 3,83
Mala	14,48	11,81 -17,75	12,22	9,87 - 15,14
Cuidador (No)				
Sí	-	-	0,94	0,80 - 1,10
Tiempo Libre (Siempre/casi siempre)				
Rara vez/nunca	-	-	2,49	2,14 - 2,90
Cosas del hogar quedan sin hacer (Rara vez/nunca)				
Siempre/ casi siempre	-	-	1,10	0,91 - 1,32
Piensa en labores domésticas (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	-	-	1,31	1,07 - 1,60
Estar en trabajo y hogar simultáneamente (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	-	-	1,55	1,27 - 1,89
Dejar trabajo para resolver problemas hogar (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	-	-	0,89	0,77 - 1,03

* Ajustado por sexo, edad, nivel educacional, ingreso y salud auto percibida
** Ajustado sexo, edad, nivel educacional, ingreso y salud auto percibida, ser cuidador, disponibilidad de tiempo libre y doble carga laboral y doméstica

En cuanto a los modelos estratificados por sexo (Tabla 3), entre los hombres se observaba una asociación entre ingreso y STM, con todos los tramos bajo el tramo de mayores ingresos con el doble de probabilidad de presentar STM, excepto el tramo de menores ingresos, en el que la probabilidad ascendió a más del triple (OR=3,44). Se observó también una asociación entre las variables de salud autopercibida, del tiempo libre y necesitar estar en el trabajo y el

hogar simultáneamente con STM, a excepción de pensar en las labores del hogar mientras se estaba trabajando, en que no hubo asociación.

Entre las mujeres no se observó una asociación entre el ingreso y STM (Tabla 3). Quienes reportaron no disponer de tiempo libre y quienes necesitaban estar en el trabajo y el hogar de manera simultánea, tenían mayor probabilidad de presentar STM. A diferencia de los hombres, existía una asociación estadísticamente significativa entre pensar en las labores domésticas durante el trabajo y STM. (Tabla 3).

Tabla 3. Odds ratios ajustados de sospecha de trastornos mentales comunes en hombres y mujeres chilenos en edad laboral*

Variable (referencia)	Hombres		Mujeres	
	OR	Intervalo de confianza 95%	OR	Intervalo de confianza 95%
Edad	0,99	0,99 - 1,00	0,99	0,98 - 1,00
Nivel educacional (Superior en todos los niveles)				
Sin escolaridad	0,62	0,33 - 1,16	0,93	0,45 - 1,92
Básica incompleta	0,82	0,57 - 1,18	1,09	0,74 - 1,61
Media incompleta	0,84	0,61 - 1,17	1,14	0,81 - 1,61
Media Completa	0,93	0,68 - 1,28	1,14	0,83 - 1,56
Ingreso (851.000 a más)				
451.000 a 850.00	2,21	1,34 - 3,67	1,10	0,56 - 2,16
251.000 a 450.000	2,21	1,39 -3,49	0,94	0,52 - 1,69
181.000 a 250.000	2,90	1,87 - 4,51	1,13	0,64 - 1,98
137.000 a 180.000	2,81	1,81 - 4,38	1,32	0,77 - 2,28
menos de 136.000	3,44	2,19 - 5,42	1,60	0,93 - 2,75
Salud auto percibida (Buena)				
Regular	3,51	2,82 - 4,37	3,06	2,45 - 3,82
Mala	14,46	10,65 - 19,62	10,48	7,78 - 14,14
Cuidador (No)				
Sí	0,88	0,70 -1,11	0,99	0,80 - 1,23
Tiempo Libre (Siempre/casi siempre)				
Rara vez/nunca	2,41	1,94 - 2,98	2,62	2,11 - 3,26
Cosas del hogar quedan sin hacer (Rara vez/nunca)				
Siempre/ casi siempre	1,12	0,82 - 1,53	1,08	0,86 - 1,35
Piensa en labores domésticas (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	1,10	0,79 - 1,54	1,40	1,08 - 1,81
Necesitaría estar en trabajo y hogar simultáneamente (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	1,78	1,29 - 2,47	1,39	1,08 - 1,77
Dejar trabajo para resolver problemas hogar (Rara vez/nunca)				
Siempre/casi siempre	-	-	0,98	0,80 - 1,22

* Modelos estratificados por sexo.

DISCUSIÓN

En concordancia con la literatura previa que plantea una diferencia en la distribución de STM según sexo,[3,4] la frecuencia de STM es de casi el doble para las mujeres laboralmente activas chilenas, comparadas con los hombres. Sin embargo, fue posible observar que el género no mantiene una asociación estadísticamente significativa con STM, al incorporar la doble carga (laboral y doméstica) en el análisis. Esto concuerda con otro estudio chileno, en que la asociación de SD con género no era estadísticamente significativa al considerar la doble carga o conflicto trabajo familia.[6]

Dado que la asociación entre género y STM no se observa al incorporar la doble carga a los análisis, nuestros hallazgos sugieren que la distribución de la doble carga laboral y doméstica, que es más frecuente entre las mujeres, puede contribuir a la mayor frecuencia de STM entre las mujeres. Si bien, históricamente las mujeres han mantenido el rol reproductivo en la familia, asociado al ámbito privado y entendido como el cuidado del hogar y sus miembros, y los hombres se han considerado responsables del trabajo productivo, es decir remunerado y propio del ámbito público, con el paso de los años las mujeres se han ido incorporando masivamente al mundo laboral.[9] Aun así, en la actualidad mantienen la carga respecto al trabajo doméstico, como muestran nuestros resultados, en que las mujeres laboralmente activas, con mayor frecuencia expresan obligaciones o preocupaciones en torno a las tareas domésticas, llegando en algunos ámbitos a cuadruplicar a los hombres. La carga que este trabajo no remunerado representa se invisibiliza, lo que afecta la salud mental, particularmente de las mujeres, quienes son las que deben enfrentar esta doble carga con mayor frecuencia y que, a su vez, suelen enfrentar desigualdades en el ámbito laboral, con menores ingresos y barreras para acceder a ciertos cargos o ascender en sus lugares de trabajo.[10]

Uno de los elementos que se asociaba en hombres y mujeres con STM era la postergación del tiempo de ocio o descanso por cumplir con las demandas laborales y familiares/domésticas. Existen estudios que respaldan este hallazgo, señalando la existencia de un conflicto trabajo-familia provocado por demandas laborales en las que se agotan recursos individuales como la energía y el tiempo necesarios para cumplir el rol familiar.[11]

La asociación entre necesitar estar en el trabajo y el hogar de manera simultánea con STM, observada solamente entre las mujeres, puede interpretarse a la luz de la teoría de límites, en el que se expresa que las personas tienden a separar el trabajo y familia o a integrarlos generando límites permeables.[11] Sin embargo, es probable que las mujeres, a diferencia de los hombres y, a pesar de su participación masiva en el mercado laboral, deban realizar mayores esfuerzos para mantener aún más permeables dichos límites,[11] según su rol histórico en el trabajo doméstico, diferenciado del rol productivo en un trabajo remunerado.[12]

La asociación entre ingresos y STM observada solamente entre los hombres, a su vez, podría relacionarse con los roles tradicionales asociados al género masculino, dado que histórica y culturalmente los hombres han cumplido el rol de proveedor del hogar, lo que significa una mayor presión social en torno a la percepción de ingresos como un elemento gravitante en la construcción de la identidad masculina.[13]

Es importante considerar que las personas que percibían su salud como regular o mala tenían mayor probabilidad, en grado creciente, de presentar STM. De acuerdo con la evidencia existente, la salud autopercibida es un importante predictor de mortalidad,[14] por lo que sería relevante determinar si una percepción negativa de la propia salud es un factor pronóstico de salud mental, o si su impacto sobre las trayectorias de salud y esperanza de vida se combina con el efecto de los trastornos mentales para aumentar la probabilidad de resultados adversos.

Nuestros resultados resaltan la importancia de fortalecer políticas públicas en el ámbito social y laboral, que disminuyan las brechas existentes que afectan doblemente a las mujeres, asegurando oportunidades similares para ambos géneros y generando las condiciones para compatibilizar el rol de cuidado, crianza y labores domésticas, con el trabajo remunerado. Por otra parte, se plantea el desafío de fomentar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en el desempeño de las labores de cuidado y domésticas.

Al momento de interpretar los resultados de este estudio, se deben considerar algunas limitaciones. Primero, los datos se obtuvieron hace poco más de una década. Sin embargo, los hallazgos de González-Medina et al.[6] a partir de

datos más recientes, muestran que la doble carga laboral y doméstica sigue siendo un factor que afecta negativamente la salud mental en personas chilenas. En segundo lugar, la variable ingreso personal podría no ser el indicador más apropiado de la posición socioeconómica o de las demandas económicas que enfrentan las personas, dado que no contempla el ingreso total del hogar, el número de personas en el hogar ni el nivel de deuda. Sin embargo, con los datos disponibles en la ENETS, no era posible considerar esos otros aspectos. Entre las fortalezas de este reporte es pertinente mencionar que los datos analizados representan a la población chilena en edad laboral, para el período contemplado. Además, la sospecha de trastornos mentales se determinó mediante un instrumento validado y de amplio uso en estudios internacionales, lo que facilita la comparabilidad de los resultados.

Como conclusión, podemos señalar que la doble carga laboral y doméstica modifica la asociación entre determinantes sociales y trastornos mentales comunes, en particular respecto al género. Nuestros resultados sugieren que la elevada frecuencia de doble carga entre las mujeres contribuye a la mayor frecuencia de trastornos de salud mental comunes entre el género femenino.

Agradecimientos

Esta investigación empleó información de las Encuestas de Salud para vigilancia epidemiológica de la Subsecretaría de Salud Pública. Las autoras agradecen al Ministerio de Salud de Chile, haberle permitido disponer de la base de datos. Todos los resultados obtenidos del estudio o investigación son de responsabilidad de las autoras y en nada comprometen a dicha institución.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Natalia Cornejo Espinoza, Ximena Moreno

Investigación: Natalia Cornejo Espinoza

Metodología: Natalia Cornejo Espinoza

Análisis formal: Tachira Ligueño Herrera, Marcela Monsalve Ortiz, Ximena Moreno

Visualización: Ximena Moreno.

Redacción del borrador original: Natalia Cornejo Espinoza; Marcela Monsalve Ortiz

Redacción, revisión y edición: Ximena Moreno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

2. World Health Organization. Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: WHO; 2014.

3. Alegría M, NeMoyer A, Falgas I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Curr Psychiatry Rep. 2018 ; 20 (11): 1-20.

4. Jiménez-Molina A, Reyes P, Rojas G. Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. Rev Méd Chile. 2021 ; 149 (4): 533-42.

5. Falkenberg H, Lindfors P, Chandola T, Head J. Do gender and socioeconomic status matter when combining work and family: Could control at work and at home help? Results from the Whitehall II study. Econ Ind Democr. 2017 ; 4 (1): 29-54.

6. González-Medina GA, Letelier-Fuentes NE, Aguirre-Iduya D. Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. Revista de Psicología. 2020 ; 29 (2): 1-11.

7. Rivas-Diez R, Sánchez-López MP. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en Población Femenina Chilena. Rev Argent Clin Psicol. 2014 ; 23: 251-60.

8. Alvarado R, Ramírez J, Lanio I, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. Rev Méd Chile. 2021 ; 149 (8): 1205-14.

9. Urrutia V, Figueroa A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Polis. 2015 ; 14 (40): 377-96.

10. Flego L, Ortega J. Mujeres en el trabajo: persistencia de los condicionantes de género en el ámbito laboral. CUHSO. 2020 ; 30 (2): 160-88.

11. Carvalho VS, Chambel MJ, Neto M, Lopes S. Does Work-Family Conflict Mediate the Associations of Job Characteristics With Employees' Mental Health Among Men and Women?. Front. Psychol. 2018 ; 9: 996.

12. Gómez V, Jiménez A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Polis. 2015 ; 14 (40): 377-96.

13. Moreno-Bella E, Willis GB, Moya M. Economic Inequality and Masculinity–Femininity: The Prevailing Perceived Traits in Higher Unequal Contexts Are Masculine. Front Psychol. 2019 ; 10: 1509-90.

14. Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. Gac Sanit. 2014 ; 28 (3): 246-52.